

单位/公司： _____

身份证号码： _____

联系电话： _____

广东省新型冠状病毒疫苗接种知情同意书

(通用版第二版)

受种者姓名： _____ 性别： _____ 出生日期： _____ 年 月 日

【疾病简介】新型冠状病毒肺炎（新冠肺炎，COVID-19）为新发急性呼吸道传染病。临床主要表现是发热、干咳、乏力，少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状。多数患者预后良好，少数患者病情危重。随着疫情的蔓延，对全球公众健康构成严重威胁。根据当前新冠肺炎防控需要，为适龄人群开展新型冠状病毒疫苗接种。

【疫苗作用】接种本品可刺激机体产生抗新型冠状病毒的免疫力，用于预防新型冠状病毒引起的疾病。

【接种禁忌】疫苗接种禁忌参照产品说明书。通常接种疫苗的禁忌包括：（1）对疫苗或疫苗成分过敏者；（2）患急性疾病者；（3）处于慢性疾病的急性发作期者；（4）正在发热者；（5）妊娠期妇女。

【不良反应】接种疫苗后发生局部不良反应以接种部位疼痛为主，还包括局部瘙痒、肿胀、硬结和红晕等，全身不良反应以疲劳乏力为主，还包括发热、肌肉痛、头痛、咳嗽、腹泻等。

【注意事项】接种后留观 30 分钟；如接种后出现不适应及时就医，并报告接种单位。与其他疫苗一样，接种本疫苗可能无法对所有受种者产生 100%的保护效果。以上内容可详见疫苗说明书。

【异常反应补偿】如经调查诊断或鉴定，结论为异常反应或不能排除，按有关规定进行补偿。

请您认真阅读以上内容,如实提供受种者的健康状况和是否有接种禁忌等情况。如有疑问请咨询医疗卫生人员。

| 受种者健康情况 | 受种者/监护人填写 |
|--------------------------|---|
| 发热、各种急性疾病、慢性疾病急性发作期 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 对疫苗或疫苗成分过敏,既往发生过疫苗严重过敏反应 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 未控制的癫痫、脑病、其他进行性神经系统疾病 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 妊娠期 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 严重慢性疾病* | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 哺乳期* | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 其他情况 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |

本人已了解疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应以及现场留观等注意事项,并如实提供受种者健康状况和是否有接种禁忌等情况。

受种者/监护人: _____ 日期: _____年____月____日

监护人与受种者的关系: 母亲父亲 其他(请注明)_____

监护人联系方式: _____

为了保证安全有效地接种,医护人员将再次询问受种者健康信息并提出医学建议。

| 受种者健康情况 | 医护人员填写 |
|--------------------------|---|
| 发热、各种急性疾病、慢性疾病急性发作期 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 对疫苗或疫苗成分过敏,既往发生过疫苗严重过敏反应 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 未控制的癫痫、脑病、其他进行性神经系统疾病 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 妊娠期 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 严重慢性疾病* | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 哺乳期* | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 其他情况 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |

医学建议: 您此次新型冠状病毒疫苗接种 建议接种 推迟接种 不宜接种

医护人员: _____ 日期: _____年____月____日

联系电话: _____ 接种单位(盖章): _____

本人已接受健康询问,同意医学建议。

受种者/监护人: _____ 日期: _____年____月____日